

記入例

様式第7号（第6条関係）

結核健康診断費補助金交付請求書

令和〇年〇月〇日

大分市長 殿

所在地 大分市荷揚町〇番〇号
名称 社会福祉法人 〇〇会
代表者名 理事長 大分 太郎
担当者名 大分 次郎
連絡先 097-536-2851
(施設・学校名 特別養護老人ホーム△△)

額の確定通知書の番号が未定のため、空欄にしてください

令和一年一月一日付け保字第—号で交付額の確定のあった 年度結核健康診断費補助金を交付されるよう、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に基づく結核健康診断費補助金交付要綱第6条の規定により次のとおり請求します。

請求額 23,333 円

振込先

振込先	金融機関名	〇 〇 銀行
	支店名	〇 〇 支店
	種類	普通 当座
	口座番号	1234567
	口座名義	(フリガナ) シャカイフクシホウジン〇〇カイ リジチョウオオイトタロウ 社会福祉法人〇〇会 理事長大分太郎